

年 月 日

福知山市長 様

〒 ー

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 ー \_\_\_\_\_

福知山市病児保育事業利用助成金支給申請書

福知山市病児保育事業利用助成金支給要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。  
 申請に当たり、課税台帳等の閲覧・複写及び生活保護受給の確認に同意します。

記

申 請 額		円					
申請区分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 支援給付世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		利用施設			
利用児童氏名	続柄	氏名	生年月日	利用期間		支払った利用料	
		フリガナ	年 月 日	年 月 日から	日	円	
				年 月 日まで			
		フリガナ	年 月 日	年 月 日から	日	円	
				年 月 日まで			
	フリガナ	年 月 日	年 月 日から	日	円		
			年 月 日まで				
振込口座	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 協同組合				
			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号			
	郵貯銀行	記号		番号			

※振込口座は、保護者名義の口座となります。  
 ※利用したことが分かる書類、利用料金の領収書等を添付してください。